

1925-1926 — N° 60

ANGINE DE POITRINE ET TABES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Jean-Pierre MARTAUD

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-ROMAIN-DE-BENET (Charente-Inférieure), le 11 décembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	{	Président.
		PETGES, professeur.....		Juges.
		LEURET, agrégé.....		
		CREYX, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTES
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548625_0012

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 60

ANGINE DE POITRINE ET TABES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Jean-Pierre MARTAUD

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-ROMAIN-DE-BENET (Charente-Inférieure), le 11 décembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	Président.
		PETGES, professeur.....	Juges.
		LEURET, agrégé	
		CREYX, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTES

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	H. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PERY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR EDMOND MARTAUD

Pieux souvenir.

A MA MÈRE

J'offre la première dédicace de cette thèse.
« Qu'elle reçoive ce faible témoignage de
mon amour filial et de ma profonde reconnaissance, en souvenir des sacrifices qu'elle
s'est imposés pour moi et de sa tendre affection. »

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ÉDOUARD SOULÉ

*Chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VERGER

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous avons le devoir bien doux, dans ce dernier acte de notre vie d'étudiant, de remercier nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui ont bien voulu contribuer à notre formation médicale.

Nous ne saurions oublier :

L'enseignement du professeur Chavannaz;

Les bons conseils du professeur agrégé Bonnin.

Nous remercions bien sincèrement le professeur agrégé Teuillères de l'amabilité qu'il a eue pour nous.

Nous unissons dans une même pensée le professeur Henri Verger et le docteur Edouard Soulé, qui tous deux, en souvenir de l'amitié qu'ils avaient eue pour notre père, n'ont cessé, depuis le début de nos études médicales, de nous donner des preuves de leur bienveillance et de leur paternelle bonté. Qu'ils veuillent croire à notre infinie gratitude.

M. le professeur Henri Verger a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse dont il nous avait indiqué le sujet. Si ce travail présentait quelque intérêt, il le devrait aux précieux conseils qu'il nous a prodigués. A notre cher maître nous sommes heureux d'exprimer une fois de plus nos sentiments de profonde reconnaissance et de respectueux dévouement.

ANGINE DE POITRINE ET TABES

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Depuis l'époque lointaine où Duchenne (de Boulogne) décrivait les grandes lignes du tableau clinique du tabes jusqu'à nos jours, son œuvre se compléta lentement; les troubles cardiaques et en particulier l'angine de poitrine coexistant avec l'ataxie locomotrice, furent parmi les derniers signalés, comme l'a dit Leyden.

Pourtant, Truc nous rapporte une observation de Friedreich datant de 1839, où l'on parle d'angine précordiale et de palpitations chez un homme atteint de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et dont l'autopsie révéla des cordons postérieurs atrophiés.

Il faut ensuite attendre l'année 1880 pour trouver dans la *Gazette médicale de Paris* un cas d'angine de poitrine tabétique publié par Letulle, dans lequel son auteur explique l'origine probable des deux affections par l'artério-sclérose.

Trois ans plus tard, Landouzy en publie un autre cas.

Dans son *Traité sur l'angine de poitrine*, Gelineau pense que l'angor doit trouver un terrain éminemment favorable dans les

lésions athéromateuses des valvules et de l'aorte des tabétiques.

De l'observation que nous rapportons plus loin, Vulpian disait qu'il considérait les troubles violents de l'estomac dont souffrait son malade comme des crises gastriques d'origine myélopathiques et rattachait à la même cause des accès de douleurs de la région précordiale, à forme d'angine de poitrine, qui s'étaient manifestées sous ses yeux dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Teissier (de Lyon) avait remarqué que des palpitations cardiaques peuvent marquer l'ataxie au début et il avait été témoin, chez les ataxiques, de douleurs semblables à celles de l'angine de poitrine.

Huchard déclare que l'existence de l'angine de poitrine tabétique n'est nullement démontrée.

Leyden croit également qu'il n'y a aucune connexion entre les lésions valvulaires et l'affection de la moelle, mais il décrit une angine de poitrine nerveuse dans le tabes qu'on pourrait considérer comme une névralgie du cœur (*neuralgia cordis*).

Grœdel paraît se rallier à l'opinion de Leyden tout en insistant sur la rareté de l'angine de poitrine nerveuse tabétique.

Pierre Marie déclare que les lésions de l'appareil cardiovasculaire sont fréquentes dans le tabes. Il pense que la syphilis produit simultanément des lésions médullaires et des lésions du cœur et des vaisseaux.

Oppenheim a trouvé le nerf pneumogastrique dégénéré et atrophié dans un cas de tabes compliqué d'angine de poitrine et de crises gastriques avec douleurs irradiées dans le bras gauche.

Chez un malade qui avait eu des accès d'angine de poitrine, Grocco et Tusori ont constaté des altérations du plexus cardiaque.

MM. Pitres et Vaillard, interprétant l'observation en question, admettent que les crises viscérales des tabétiques, y compris les crises d'angine de poitrine, peuvent être dues aux névrites des nerfs viscéraux correspondants.

Nordmann conclut dans sa thèse :

1° L'angine de poitrine vraie, aussi bien des sujets cardiaques que de ceux qui ne le sont pas, est extrêmement rare dans le tabes; son existence même n'est pas absolument démontrée;

2° La fausse angine de poitrine est elle-même rare dans l'ataxie locomotrice progressive.

Debove considère l'angine de poitrine chez un de ces malades ataxiques comme une crise viscérale analogue à celles qui peuvent atteindre d'autres organes chez les tabétiques.

Dieulafoy admet parfaitement l'existence d'une viscéralgie cardio-aortique qui peut être mortelle, indépendante des lésions aortiques et de coronarites.

« Le tabès, dit-il, maladie essentiellement douloureuse, suscite des crises violentes en bien des régions, aux membres inférieurs, à la face, à l'estomac, aux reins, aux testicules, à l'urètre, au larynx, etc.; pourquoi donc refuser aux nerfs du plexus cardiaque ce qu'on a si facilement concédé aux nerfs de tant d'autres régions et de tant d'autres organes. »

Pour Déjerine, l'angine de poitrine se présente ici avec ses caractères ordinaires et dépend soit des lésions aortiques, soit des lésions des pneumogastriques.

Heitz nous dit dans sa thèse que l'on observe rarement chez les tabétiques de véritables crises angineuses avec angoisse, douleur rétrosternale et irradiations dans le bras gauche. Ces crises angineuses peuvent dépendre de lésions des coronaires, mais beaucoup d'auteurs admettent aussi l'existence de crises angineuses tabétiques, comparables par exemple aux crises gastriques. La pathogénie de toutes ces manifestations douloureuses chez les tabétiques est encore fort obscure.

Pour le docteur André Petit, dans l'ataxie locomotrice, les observations d'angine de poitrine semblent comporter, comme l'a montré Huchard, deux interprétations : 1° Tantôt il s'agit d'erreur de diagnostic et l'on a décrit sous le nom d'angor pectoris des accidents douloureux thoraciques qui n'ont qu'une ressemblance plus ou moins éloignée avec la crise d'angor; 2° Tantôt on a affaire à l'angine de poitrine par is-

chémie du myocarde, résultant des lésions cardio-aortiques dont la grande fréquence au cours de l'ataxie a été mise en lumière par O. Berger et Rosenbach, Grasset, Letulle, Raymond.

Dans son *Traité des maladies du système nerveux*, le docteur H. Lamy envisage la possibilité de ces angines tabétiques, mais fait remarquer que les douleurs fulgurantes au membre supérieur irradient souvent le long du bord interne du bras jusque dans les deux derniers doigts de la main et qu'elles peuvent simuler de véritables crises d'angor.

Pour MM. Cestan et Verger, on s'est posé le problème de l'origine syphilitique ou trophique tabétique de ces lésions

Les lésions anatomiques, nous dit le professeur Collet, expliquent les crises douloureuses cardiaques spontanées et, par contre, l'analgésie de l'aortite dans le tabes avancé.

Le docteur Henry Claude considère qu'on différencierait autrefois l'aortite syphilitique de l'aortite tabétique avec insuffisance aortique, qu'on prenait pour un trouble trophique. En réalité, on peut voir évoluer tous les accidents artériels connus de la syphilis : insuffisance aortique avec ou sans crise d'angine de poitrine, anévrisme de l'aorte. Ces diverses manifestations accompagnent surtout les tabes frustrés et coïncident, par exemple, avec un syndrome constitué par l'abolition d'un réflexe achilléen le signe d'Argyll-Robertson, la lymphocytose céphalo-rachidienne et la présence de la réaction de Wassermann.

« Je signale seulement, dit Lian, l'angor des tabétiques. Il est possible qu'elle soit, dans certains cas, une véritable crise viscérale analogue aux crises gastriques. Mais l'angor d'origine aortico-rénale est trop fréquente chez les syphilitiques, pour qu'il ne soit pas plus prudent d'adopter ce dernier diagnostic chez les tabétiques. »

De toutes les opinions des auteurs on peut dégager deux théories :

1° L'angine de poitrine est un symptôme tabétique par lésion des nerfs cardiaques;

2° Ou bien elle est due à la coïncidence de lésions aortiques ou artério-scléreuses.

Mais ils sont d'accord pour conclure :

1° Que l'angine de poitrine est rare chez les tabétiques;

2° Et que dans ce cas, les lésions aortiques sont bien supportées par les tabétiques.

Après avoir publié les observations qui nous ont paru intéressantes et une inédite prise dans le service du professeur Verger, nous essaierons de les analyser pour montrer les caractères cliniques de l'angine de poitrine chez les tabétiques et du tabes coïncidant avec l'angor.

Nous dirons ensuite quelques mots des relations des lésions aortiques et de l'ataxie et de la fréquence comparée :

α . Des angines de poitrine des tabétiques avec et sans lésion aortique;

β . Des lésions aortiques chez les tabétiques sans angor et des symptômes angineux chez des aortiques non tabétiques.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(LETULLE).

R... (Alfred), 48 ans, cuisinier à la Pitié, 1779, service du professeur Peter.

Il est malade depuis trois ans et demi environ, souffre de douleurs atroces dans les membres inférieurs et dans la face; ces douleurs reviennent par accès plus ou moins espacés, et souvent s'accompagnent de palpitations violentes et d'oppression.

A trois reprises différentes, cette année même, R... a ressenti dans la région sternale des douleurs externes, en même temps qu'il éprouvait une angoisse indéfinissable, dans le cours de laquelle il se sentait mourir; une fois même la crise douloureuse s'est terminée par une syncope.

Il s'agit d'un individu vigoureux, un peu gros, assez pâle. Ses membres inférieurs sont affaiblis depuis quelque temps. Toutefois, il ne traîne pas en marchant et n'a pas non plus d'incoordination bien manifeste, un peu d'anesthésie plantaire.

Perte des réflexes tendineux des genoux, douleurs en ceinture très fréquentes, souvent crises gastriques pénibles, mais de courte durée, crises rectalgiques violentes dans lesquelles le malade rend souvent du sang (qui provient d'hémorroïdes volumineuses), douleurs fréquentes dans le rachis pour lesquelles il a dû subir souvent des cautérisations ignées. Sa vue est un peu affaiblie depuis quelque temps; jamais il n'a eu de diplopie.

Le malade attire de lui-même l'attention vers son cœur, en se plaignant de palpitations; le cœur bat énergiquement. On constate à l'auscultation de nombreux foyers de bruits de souffles.

I. Au niveau de la crosse aortique, sur la partie supérieure du sternum, un double bruit de souffle très rude, très court, se propageant vers la clavicule gauche : rugosités aortiques.

II. Souffle diastolique aspiratif un peu rude, et souffle systolique court, mais fort au foyer d'auscultation de l'orifice aortique.

III. A la pointe, un roulement largement présystolique et prolongé, se propageant vers l'aisselle gauche.

Le pouls est dur, légèrement bondissant, mais plus faible qu'on ne croirait au premier abord. Toutes les artères périphériques appréciables au doigt sont épaisses, indurées, irrégulières; les deux orifices du cœur gauche sont donc pris, et le système artériel est profondément altéré dans presque toute son étendue.

L'ataxie locomotive paraît indiscutable malgré l'absence d'incoordination motrice.

OBSERVATION II.

(LANDOUZY).

Femme X... (Marie), 49 ans, tabétique avérée quoique non incoordonnée, arthritique éprouvée, rares douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, crises gastriques fréquentes avec vomissements alimentaires. En dépit d'une artério-sclérose assez généralisée, pas de signes stéthoscopiques ou fonctionnels des lésions aortiques, douleurs spontanées et à la pression, suivant les jours, le long des phréniques, surtout le long du phrénique gauche; phrénalgie irradiée à la paroi thoracique gauche, à l'épaule et au membre supérieur gauche.

Palpitations, oppression angoissante, anxiété précordiale, sensation de pression péricardique, d'un déchirement partant du sternum pour descendre le long du bras gauche, le tout revenant par accès, tantôt le matin au repos au lit, plus souvent la nuit dans le premier sommeil. Ces crises, au dire de la malade, deviennent de plus en plus rapprochées et sont plus pénibles, depuis que les douleurs constrictives du tronc ont apparu, depuis surtout que les crises gastriques se sont montrées.

OBSERVATION III.

(D'après OPPENHEIM et SUMERLING, résumée Obs. 1).

Femme, 38 ans. En 1883, état de la malade : douleurs fulgurantes des membres inférieurs, troubles profonds de la sensibilité musculaire, ataxie, abolition des réflexes aux membres supérieurs, troubles de la sensibilité, ataxie, douleurs articulaires.

Signe d'Argyll, crises gastriques, crises laryngées, pouls, 104-112, crises de toux répétées avec paroxysme comme dans la coqueluche, stridor.

Crises de dyspnée avec angoisse précordiale, resserrements et brûlures dans le cou, frissons sans fièvre.

Autopsie : Dégénérescence parenchymateuse des deux pneumogastriques, mais surtout à gauche.

OBSERVATION IV (résumée).

(D'après OPPENHEIM et SUMERLING).

Homme de 41 ans. Début de l'affection, 1873, par douleurs fulgurantes, troubles vésicaux.

Ataxie des membres inférieurs, anesthésies étendues, signe de Westphal, signe d'Argyll. En 1879, début de la dyspnée et de l'aphonie, arthropathie, crises gastriques.

En 1883, troubles de la sensibilité de la zone cubitale du bras jusqu'aux mains. Dyspnée, angoisse précordiale avec engourdissement du bras gauche avant le début de la crise.

Mort en 1884. Autopsie : Dégénérescence du pneumogastrique droit.

OBSERVATION V.

(VULPIAN).

Cl... (Jules), 33 ans, coiffeur. Entre dans le service de M. Vulpiau le 15 décembre 1882.

Malade très impressionnable, vomissements bilieux, douleurs vi-

ves dans la région épigastrique et dans les côtés, en ceinture; engourdissement des membres du côté gauche et du membre inférieur droit; douleurs fulgurantes dans le membre inférieur droit. Accès du 17 décembre. Le malade était, comme la veille, couché sur le dos, la tête un peu renversée en arrière, le visage rouge, les yeux congestionnés. Le facies montre une vive expression de souffrance et de crainte. Les yeux sont pleins de larmes. La respiration est anxieuse et évidemment gênée, et par instant il semble y avoir des menaces de suffocation. La parole est presque impossible. Battements violents du cœur, douleurs atroces dans la région précordiale avec sensation de forte pression sur cette région. Cette douleur s'exaspère par moment, elle irradie dans le bras gauche jusqu'au petit doigt, engourdissement douloureux dans toute la moitié gauche du corps. La crise dure quelques minutes. Lorsqu'elle a cessé, on peut interroger plus facilement le malade.

Il éprouve des douleurs fulgurantes, à forme lancinante, dans la région circumbitaire. Diplopie, pas de strabisme.

L'auscultation du cœur, de l'aorte ne laisse percevoir aucun bruit anormal.

Crises gastriques se renouvelant dix fois par jour.

Elançements dans les reins avec irradiations dans la cuisse gauche.

Réflexes rotuliens abolis ou presque.

Vulpiau pose le diagnostic : « Tabes dorsal irrégulier avec crises hépato-gastriques. » Mort au bout de six à sept semaines.

Description de l'accès d'angor : Le malade était pris par accès d'une douleur atroce, dans la région précordiale, avec sensation de pression et menace de suffocation. Il était en ce moment dans un état de terreur extrême. Cette douleur se calmait un peu après quelques instants, pour reprendre une intensité des plus violentes, elle irradiait dans le bras gauche, depuis la racine du membre jusqu'à l'extrémité du petit doigt. Engourdissement douloureux dans la moitié gauche du corps.

Dans des crises gastriques ultérieures, très violentes en 1883. il n'y a eu aucune souffrance au cœur, pas de palpitations.

Mort par phthisie en août 1883.

Autopsie : Le cœur et l'aorte sont sains; lésions médullaires du tabes. La forme de l'altération était celle que l'on trouve au début de l'ataxie.

OBSERVATION VI (résumée).

(BERBEZ.)

M. D..., 31 ans. Tabes chez un héréditaire, fils d'un tabétique paralytique général ayant des douleurs fulgurantes. Absence de réflexes rotuliens, incoordination des membres supérieurs et inférieurs, signes de Romberg. Impossibilité de marcher sans voir clair; sensibilité; douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et supérieurs et autour de la ceinture, névralgie sous-occipitale. Anesthésie presque absolue à tous les modes de la sensibilité dans les membres inférieurs. Anesthésie douloureuse dans le territoire du cubital des deux côtés. Signe d'Argyll-Robertson. Diplopie. Crises laryngées, crises urétrales, vésicales et rectales.

Palpitations douloureuses. Douleurs précordiales avec irradiations dans l'épaule; fausse angine de poitrine.

OBSERVATION VII.

(LEYDEN, Obs. I, *Centralblatt*, résumée).

M. O., âgé de 35 ans. Souffre depuis deux ans de tabes dorsalis au premier stade. Légère ataxie. Il se plaint depuis environ deux à trois semaines, de maux de cœur survenant de temps en temps.

Plusieurs fois par jour, il ressent un sentiment d'oppression dans la gorge qui survient en pauses de quelques secondes, souvent l'une derrière l'autre, et dure d'un quart d'heure à une heure. Pendant cette crise, on constate régulièrement des intermittences du pouls. Les bruits du cœur sont purs. Le pouls, d'une tension molle, habituelle, fréquence 96.

OBSERVATION VIII.

(LEYDEN, Obs. II, résumée).

L'invalidé militaire F..., 38 ans, souffre depuis la guerre de 1870 de douleurs errantes qui apparurent dans le cours d'un tabès dorsalis. En 1882, l'ataxie est extrêmement prononcée. Déjà, au début du tabès, il fut pris d'accidents cardiaques. Le premier accès de ce genre serait apparu après une marche forcée, avec douleur et oppression de la région du cœur. Ces accès ont aussi persisté sans diminuer, alors que le patient avait quitté l'armée. Ils ont augmenté avec les progrès de la myélopathie. En moyenne il a un accès toutes les trois ou quatre semaines. Cet accès survient habituellement alors qu'il est tranquillement couché. Il commence par une douleur violente dans la région du cœur.

Le patient décrit la sensation qu'il éprouve en disant que le cœur veut rompre la cage thoracique vers le cœur axillaire gauche. Il déclare ressentir un ébranlement de la région du cœur. Il n'y a pas, à proprement parler, de besoin de respirer, ni de douleurs rayonnantes dans le bras gauche. L'accès dure environ une demi-heure. Après quoi, le patient se trouve très bien et n'a aucun symptôme d'une affection cardiaque, si ce n'est une fréquence élevée continue du pouls (90 à 96), que l'on constate également au repos absolu. Physiquement, rien d'anormal au cœur. Les tons du cœur sont purs, l'artère radiale molle, n'a trace d'artériosclérose.

OBSERVATION IX.

(LEYDEN, Obs. III, résumée).

Ph. Eb..., souffre, depuis 1871, d'un tabès marchant lentement avec ataxie prononcée.

En 1883, crises laryngées qui le mirent en danger de mort. Ces accès se modérèrent peu à peu et se restreignirent à une toux irritable (Reizhusten), gênante. En 1884-1885 apparurent de nouveaux accidents qui inquiétèrent vivement le malade et son entourage.

Sans cause bien apparente, survinrent des crises de vertiges accompagnées de sentiments d'angoisse intense. La crise est le plus souvent courte, pourtant la sensation vertigineuse persiste encore plus ou moins longtemps après elle. Pendant l'accès, le visage devient blanc d'une manière frappante, le pouls petit et faible, la tête et les mains sont un peu froides au toucher, le malade se pliant de piquêtes de la région du cœur et d'un grand sentiment d'angoisse. Le choc cardiaque est faible, les bruits du cœur sourds mais purs, il n'y a pas de souffle. La respiration reste non intensive. Pas de cyanose.

Le patient décrit les accès vertigineux avec un sentiment effrayant d'angoisse, une sensation d'oppression d'air serré (Kuapp) apparaît. Il ressent un bourdonnement dans la tête et des points violents dans la région cardiaque, qui rayonnent quelquefois dans le bras gauche. Ces accès torturants déprimaient le moral du malade qui croyait mourir au plus haut point. Plusieurs fois il prit congé des siens.

Les accès diminuèrent de nombre; après quelques semaines, perdaient leur intensité menaçante, mais le gigantesque (Rieseig) sentiment d'angoisse survint encore de temps en temps.

OBSERVATION X.

(LEYDEN, Obs. IV, résumée)

Le major M. G..., 44 ans, est tabétique depuis la guerre. Ataxie nette. Arthropathie du genou droit en 1883. En 1884, accidents angoissants. Tout à coup, le malade est saisi par un sentiment d'impuissance et de vertige avec sensation d'angoisse et de douleur dans la région cardiaque. La figure devient tout à fait blême, ses mains et son visage froids; il resta couché dans cette crise, sans mouvements, à demi sans connaissance, gémissant et soupirant. Les autres accès parurent s'amender et le patient commençait à se rétablir, quand le 1^{er} août il se sentit si mal qu'il se couchât de bonne heure. Son état s'aggrava, les sensations de vertige et d'angoisse augmentèrent, le pouls était très faible, le patient se plaignit d'un be-

soin horrible d'air et d'une douleur pesante dans la région du cœur. De temps en temps, l'intensité des phénomènes se relâcha, sans cependant disparaître. Cet état dura deux jours; alors vinrent la perte de connaissance et la mort.

OBSERVATION XI.

(GROEDEL, Obs. I, résumée).

M. B..., âgé de 41 ans, malade depuis un an. Réveillé une nuit subitement par une violente oppression avec sentiment d'angoisse et douleur sur la poitrine. On ne trouve rien au cœur. Peu après, un soir, après une excursion, il ressentit tout à coup de nouveau ce sentiment d'angoisse, accompagné de rétrécissement et de douleur dans la région du cœur jusqu'à l'épaule. Le visage est pâle, couvert de sueurs, le pouls petit, fréquent. L'accès passa rapidement (nitrite d'Amyle). Il eut encore quelques accès semblables pendant l'année.

OBSERVATION XII.

(GROEDEL, Obs. II, résumée).

M. L..., âgé de 50 ans, tabétique depuis quelques années. Depuis quelques mois, sans motif apparent, accès d'oppression et de douleur dans la région du cœur, avec sensation de cou serré avec un lacet et de respiration pénible. Les accès ne duraient pas longtemps. L'accès donnait l'impression de l'angine de poitrine.

OBSERVATION XIII.

(GROEDEL, Obs. III, résumée).

M. H..., âgé de 61 ans. Tabes survenu depuis plusieurs années avec accès de vertiges et étincelles devant les yeux, crises gastriques. Il se plaignait alors d'un grand nombre d'accès de dyspnée avec sensation d'angoisse et de douleurs qui, parties de la région cardiaque, rayonnaient jusque dans le bras gauche. Il était

incapable de se mouvoir. Le pouls était très petit et irrégulier, le visage et les mains froids comme de la glace, la respiration interrompue çà et là par des coups de toux.

Le patient mourut l'hiver suivant.

OBSERVATION XIV (résumée).

(ЕСК).

Gottfried S..., 58 ans. Depuis six mois, douleurs vives dans la poitrine du côté gauche, apparaissant brusquement le plus souvent et occasionnant une grande oppression et de la difficulté de respirer. Violentes douleurs fulgurantes. Premier bruit à la pointe, sourd, avec un souffle systolique entendu jusqu'à la droite du sternum. Dans le 2^e espace intercostal droit, fort souffle diastolique, entendu également sur le sternum. En plus, dans le même espace, souffle systolique court et net; cœur régulier. Pouls rapide, démarche pleinement ataxique. Incoordination des quatre membres, surtout des supérieurs.

(OBSERVATION XV (résumée).

(Wood).

Chez un tabétique qui eut ultérieurement des crises gastriques, on constata des crises douloureuses débutant par une sensation horrible de cuisson vers le milieu de la région axillaire droite, et s'accompagnant d'une constriction en ceinture du thorax et de douleurs fulgurantes terribles irradiant du thorax dans l'abdomen. Rapidement les douleurs abdominales devenaient angoissantes et amenaient des efforts de vomissements. L'action du cœur était accélérée. Il y avait faiblesse, arythmie et intermittence du pouls. Le malade était en proie à une grande excitation. Il ne ressentait une oppression considérable qu'au point culminant de la crise, sortait dans la rue en poussant des cris terribles. Il existait chez cet homme un souffle systolique. Une crise, une fois, s'est terminée par des convulsions. La douleur était cuisante et durait plusieurs heures.

OBSERVATION XVI (résumée).

(In thèse NORDMANN).

K... (Esther), 47 ans, service du docteur Merklen.

Pas d'ataxie, pas de talonnement, pas de signe de Romberg, mais les réflexes rotuliens sont abolis des-deux côtés. Crises de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Elle eut quelques mois plus tard de la diplopie et du strabisme.

La malade éprouve dans la région précordiale, et quoiqu'elle n'ait pas de douleurs en ceinture, une sensation de serrement comme dans un étau, sans engourdissement dans le bras gauche. Ces douleurs précordiales s'accompagnent d'étouffement, de serrement de cœur, et surviennent par accès, de préférence le jour, plutôt quand elle est debout, soit au repos, soit quand elle est en mouvement. Elles sont très vives, à début brusque et sont plus fréquentes depuis trois mois.

OBSERVATION XVII.

(DIEULAFOY, 7^e Leçon clinique.)

M. X..., 44 ans, atteint de douleurs d'angine de poitrine, qui depuis cinq jours reparaissent sous forme de crises incessantes et répétées. Ces douleurs ont éclaté pour la première fois, il y a deux mois, dans les conditions suivantes : Une nuit, le malade, qui est concierge, fut réveillé par un coup de sonnette et se leva, lorsque tout à coup il ressentit à la région précordiale une douleur poignante; d'emblée, cette douleur devint angoissante, le malade, couvert de sueur, respirait à peine; il sentait, disait-il, comme un poids de 100 kilos qui lui aurait écrasé la poitrine et le cœur. Cet état douloureux dura une partie de la nuit. L'hyperesthésie était telle, que le moindre frottement de la peau reveillait ou aggravait la douleur; aussi le malade avait-il soin de soulever avec la main son gilet de flanelle pour en éviter le contact.

Les douleurs ne restaient pas uniquement localisées à la région précordiale, elles irradiaient aux bras, aux mains et jusqu'aux

petits doigts et elles étaient accompagnées d'une constriction extrêmement pénible à la base du thorax.

Depuis lors, les accès ont paru fréquemment, tantôt violents, souvent précédés de la constriction thoracique que le malade compare à un étau, et, quand la crise est complète, elle est composée d'une série d'accès qui la font durer quatre ou cinq heures en moyenne. C'est l'angine de poitrine. En 1889, cet homme a contracté la syphilis (chancre et accidents secondaires). Il s'aperçut, il y a trois ans, qu'il pouvait à peine relever sa paupière gauche; en quarante-huit heures le ptosis était complet. En même temps les jambes étaient sillonnées de douleurs en éclair, que le malade compare à des coups de feu. Le ptosis et les douleurs fulgurantes des jambes disparaissent assez rapidement, et tout allait bien de nouveau quand, il y a un an, la région occipitale devint le siège de crises douloureuses accompagnées d'hyperesthésie de la face, domaine du nerf trijumeau; vers la même époque survint la perte complète du sens génital. En décembre, la douleur thoracique survint par accès, elle part de l'épigastre, passe sous le mamelon gauche, et gagne l'omoplate du même côté.

À la face, les douleurs sont comparables à des brûlures. Le malade souffre également de crises gastriques, urétrales, rectales. Les réflexes rotuliens sont complètement abolis. Le signe d'Argyll-Robertson est très net; cet ensemble de symptômes permet d'affirmer que cet homme est tabétique. Il est encore à la période préataxique. Il n'a pas d'incoordination des mouvements, mais le tabes a revêtu chez lui une forme particulièrement douloureuse. Cet homme est un tabétique atteint d'angine de poitrine.

OBSERVATION XVIII.

(In Thèse HEITZ, Paris.)

Femme de 48 ans, hospitalisée depuis près de vingt ans à la Salpêtrière, dans le service du professeur Déjerine. Etat du système nerveux en 1902 (Résumé). La marche est devenue très difficile et se fait en stoppant. La malade présente le signe de Romberg et de

l'abolition des réflexes tendineux. Le réflexe cutané plantaire est très faible — pas de douleurs fulgurantes. — Troubles très légers de la sensibilité aux jambes et aux pieds. Adipose très marquée voilant l'atrophie musculaire. En mars 1897, la malade a été prise pour la première fois de douleurs brusques à la région sternale et dans le côté gauche, douleurs qui s'irradient dans la main gauche et s'accompagnent d'un engourdissement de tout le bras. Ces douleurs s'accompagnent de dyspnée, de toux sèche. On constate presque en même temps un épanchement sérofibrineux dans la fibre gauche et un souffle mésocardiaque, couvrant le deuxième bruit et presque tout le grand silence et caractérisant l'existence d'une péricardite.

En juillet 1902, série de nouvelles crises d'angor fruste, surtout nocturne; fréquentes lipothymies, pouls faible, dyspnée presque constante. En novembre, crises nocturnes fréquentes, s'accompagnant d'une anxiété extrême. Signe d'Argyll bilatéral, aortite avec rétrécissement orificiel très serré. Mort par congestion pulmonaire.

Autopsie : Plexus cardiaque normal.

OBSERVATION XIX.

(In Thèse HEITZ.)

Femme de 58 ans, service du professeur Déjerine.

Pendant l'année 1894, la malade eut, tous les trois ou quatre jours, des crises d'angor qui survenaient, indifféremment le jour ou la nuit, par une sensation extrêmement douloureuse à la partie supérieure de la région rétro-sternale, avec angoisse, sensation de mort imminente, étouffement et irradiation dans le dos et dans le bras gauche jusqu'à la partie interne du coude.

La douleur ne descendait pas jusqu'au petit doigt, mais quelquefois celui-ci restait engourdi. Ces crises duraient environ deux ou trois heures. De plus, la malade eut en tout quatre grandes crises qui durèrent près de quarante-huit heures. Pendant ces crises elle poussait des cris et ne pouvait pas rester en place. Elle n'entendait ni ne comprenait ce qu'on lui disait. L'observation ne note aucun signe de tabes à cette époque. Il n'existait aucune cause d'angor

apparente. Les crises s'espacèrent, deux fois dans l'année, devinrent moins longues, trois quarts d'heure, puis céphalalgies, névralgies frontales; en 1897, signes de tabes (troubles de la marche, abolition des réflexes, atrophie des muscles de la jambe gauche, signe d'Argyll, myosis). En 1902, douleurs intenses au creux épigastrique avec éruption gazeuse. Palpitations avec angoisse trois à quatre fois par vingt-quatre heures, d'un quart d'heure, un peu d'angoisse. Examen : Signe d'un rétrécissement initial.

OBSERVATION XX.

(Prise dans le service du professeur VERGER.)

A.-B. A..., profession de cuisinière, âgée de 54 ans, entrée le 26 mars 1924.

La malade fait remonter le début de son affection à 1914 environ. A cette époque, un jour, après avoir monté l'escalier d'un jardin, elle ressentit comme un « serrement » dans la gorge, en même temps que des palpitations violentes. Elle dut s'arrêter, se reposer, et au bout de quelques minutes tout rentra dans l'ordre.

Plusieurs fois, depuis cette époque, des phénomènes semblables à ceux de la première crise réapparurent surtout aux moments où la malade avait fait de plus grands efforts qu'à l'ordinaire.

Puis, en 1918, un autre symptôme apparût; tous les mois environ, sensation d'obstacle siégeant à la partie supérieure de l'appareil digestif, empêchant de manger. Ces phénomènes de dysphagies ne s'accompagnaient pas de douleurs ni de vomissements.

L'état général n'a pas décliné; quelques mois plus tard, elle commence à souffrir d'une manière à peu près continue de son cœur et presque tous les soirs, vers 5 heures, apparaissait une crise caractérisée par une sensation de froid généralisée à tout le corps, de striction dans la gorge et de déchirement, des crampes dans les membres inférieurs et des fourmillements dans les membres supérieurs, des palpitations violentes.

« Souffrance terrible », ajoute la malade, qui, dans ces moments, est obligée de s'arrêter, ne pouvant faire le moindre mouvement, ni proférer la moindre parole.

C'est pour ces symptômes que la malade entre à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Rien de particulier dans la première enfance. Réglée à 11 ans, règles douloureuses. Fièvre typhoïde à 17 ans; pas d'enfant, pas de fausse couche, opérée en 1912 d'invagination intestinale.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte de congestion pulmonaire à 72 ans, fille unique.

Examen du 31 mars 1924. — Malade au facies normalement coloré, langue rosée humide, cheveux grisonnants ne tombant pas, ne cassant pas.

Appareil cardio-vasculaire. Inspection. — Ce qui frappe tout de suite, dans l'examen de la partie supérieure du thorax, ce sont des *battements* que l'on voit très nettement dans les deux régions sus-claviculaires, plus marqués du côté droit, battements rythmiques, réguliers, se prolongeant le long des faces latérales du cou, jusqu'au lobule des oreilles. Si l'on examine la gorge de la malade, on s'aperçoit que les battements ne se transmettent pas à la luette, mais aux piliers et aux amygdales des deux côtés. Ces battements sont d'ailleurs perçus par la malade. On ne note pas de circulation collatérale, ni de déformation du thorax.

Palpation. — La pointe du cœur bat dans le 6^e espace, légèrement en dedans du mamelon. On en perçoit bien le choc.

Si l'on palpe dans le creux sus-claviculaire, surtout à droite, on se rend compte du battement signalé plus haut en même temps qu'on a une sensation légère de thrill. On perçoit les battements de l'aorte à la fourchette sternale.

Percussion. — La matité cardiaque ne semble pas élargie dans le sens vertical ou transversal; l'aorte est dilatée.

Auscultation. — Dans tout l'aire de projection cardio-aortique, mais principalement dans le 2^e espace intercostal droit, on entend un double souffle, l'un systolique, l'autre diastolique, couvrant les deux bruits, le deuxième plus intense que le premier. Ces souffles s'entendent aussi dans le creux sus-claviculaire droit. Ils se propagent, le premier dans la région cervicale, le deuxième le long du bord droit du sternum.

Vaisseaux. — Il ne semble pas y avoir de retard entre les poulx

droit et gauche. Mais le gauche est beaucoup mieux frappé que le droit, il est bondissant. D'une manière générale le pouls est régulier, il bat à 80 environ.

Tension artérielle :

A gauche : Mx, 17; Mn, 6,5; I., 2,5.

A droite : Mx, 16; Mn, 7; I., 2,5.

Il n'y a pas de pouls capillaire. Double souffle crural de Duroziers.

Appareil pulmonaire, digestif et génito-urinaire, rien à signaler.

Examen du système nerveux. — 1° *Réflexes* : Patellaires achilléens médio-plantaires, abolis des deux côtés. Pas de Babinski.

2° *Motricité* : La malade marche convenablement les yeux ouverts, mais : a) elle titube lorsqu'on lui fait compter la semelle; b) le Romberg est positif; c) sur un pied ne peut se tenir debout.

3° *Sensibilité* : Membres inférieurs au chaud et au froid, conservée; sensibilité osseuse, diminuée surtout à gauche; sensibilité tendineuse conservée (tendon d'Achille). Du côté des membres supérieurs : réflexes stylo-radiaux conservés, tricipital faible, tous les mouvements passifs et actifs sont conservés, sensibilité normale. Pas de diadochocinésie.

Organe des sens, rien à signaler; du côté des yeux, réflexes conservés à la lumière et à l'accommodation.

Autres appareils, rien à signaler. Pas de troubles trophiques, pas d'œdème, pas de troubles des glandes endocrines.

Etat du 10 décembre 1924. — La malade se plaint de douleurs fulgurantes du cou « en cravate ».

Réflexes. — Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Babinsky nul. Pas de clonus du pied ni de la rotule, mouvement conservé. Pas d'ediadocacynésie.

Force musculaire conservée en extension, diminuée en flexion.

Pas d'inégalité pupillaire, pas de réaction à la lumière.

Accommodation conservée.

Démarche presque normale. Signe de Romberg fortement positif.

Appareil circulatoire. — Souffle diastolique et systolique. On sent toutes ses artères battre. Thrill carotidien. L'artère fémorale est

moniliforme. Toutes les artères périphériques sont dures et plexueuses; deux des artères très nettes; pouls bondissant; pouls capillaire.

Etat du 8 janvier 1925. — La malade se plaint actuellement d'angoisse, douleur indéfinissable survenant par crise quatre à cinq fois par jour, au lit, durant dix minutes à un quart d'heure; elle commence par ressentir une douleur dans le dos et une sensation de striction, d'étouffement, très douloureuse, siégeant au niveau du sternum, s'irradiant au cou où les artères battent avec violence et dans les oreilles. Elle prévoit ces crises douloureuses, car elles sont précédées d'une sensation de froid dans les membres.

Elle se plaint également de faiblesse dans les jambes, de vertiges quand elle essaie de se lever. Depuis sept à huit jours, le matin, ressent des douleurs épigastriques, suivies de vomissements aqueux, amers.

Examen. — *Cœur* : On sent l'aorte au creux sternal.

A l'auscultation, double souffle. On entend ces deux souffles au foyer aortique et dans une grande zone qui comprend la majeure partie de l'hémithorax droit vers le haut et qui s'étend dans la direction de la matité cardiaque de la pointe vers l'appendice xyphoïde. Le souffle systolique garde la même intensité. Pouls capillaire net.

Système nerveux. — 1° *Troubles moteurs* : a) Membres inférieurs : la malade ne lance pas les jambes à droite et à gauche, le pouls est irrégulier; elle compte très difficilement la semelle, elle ne talonne pas; quand on lui demande de toucher avec son pied le doigt que l'on place au-dessus du lit elle obéit, mais ce n'est qu'après plusieurs oscillations que le pied arrive au lit. Romberg positif; ne peut se tenir sur un seul pied. Réflexes comme précédemment; b) Membres supérieurs : La malade accomplit tous les actes de sa toilette. Elle place sans hésitation son index droit sur son nez même les yeux fermés. Force musculaire normale. Réflexes tricipital et radial abolis; c) Face : Pas de troubles moteurs.

2° *Troubles sensitifs* : a) Subjectif. Pas de douleur fulgurante dans les membres, pas de douleur térébrante; simple sensation de fourmillement des membres inférieurs; b) *Objective* : *Sensibilité cutanée* : membres inférieurs, anesthésie en bas de femme remontant un peu plus haut à gauche. La piqure est comparée au contact simple. Re-

tard de perception, erreur de localisation. Membres supérieurs, pas de troubles d'aucun mode de la sensibilité. Sensibilité abdominale diminuée. *Sensibilité osseuse* des membres inférieurs abolie; des membres supérieurs normale. *Masses musculaires* non douloureuses. Le tendon d'Achille des deux côtés est le siège d'hyperesthésie.

Troubles viscéraux. — Difficulté pour avaler les liquides.

Pas de crises laryngées, ni gastriques.

Quelquefois, le matin, vomissements amers survenant sans douleur. Troubles de la miction : la malade est obligée de pousser pour uriner, parfois le jet s'arrête spontanément pour reprendre quelques instants après. Troubles de la défécation : doit pousser davantage qu'autrefois.

Troubles sensoriels. — *Yeux* : Se plaint de voir mal depuis deux ans. Il lui semble voir des serpents remuer devant ses yeux, myosis léger, pas d'inégalité pupillaire. Pas d'Argyll-Robertson; réagit faiblement aux réflexes lumineux et à l'accommodation. Pas de paralysie oculaire, pas de ptosis. *Oreilles* : se plaint de bourdonnements, de vertiges, surtout dans la position debout, sensation de corps étrangers dans les oreilles.

Pas de troubles trophiques.

Le 12 janvier 1923, la malade est prise d'une crise d'œdème aigu du pœumon; après saignée, amélioration.

Le 14 janvier 1923, tension : Mx, 20; Mn, 5; Indice, 12.

Le 31 janvier 1923, pendant la visite de ce jour, on s'aperçoit que la malade présente une zone cutanée douloureuse d'une largeur d'une pièce de 50 centimes ou niveau de la 4^e dorsale. Il s'agit vraisemblablement d'une zone de Hidd, la vertèbre en elle-même ni celle de dessus n'étant pas douloureuses. Seule la peau est douloureuse à cet endroit.

La réaction de Bordet-Wassermann était franchement positive.

CHAPITRE III

ANALYSES

1° GENÈSE DES CRISES DOULOUREUSES CARDIAQUES DANS LE TABES RAPPELANT L'ANGINE DE POITRINE. — Elles se produisent spontanément, sans effort, comme en font foi presque toutes les observations, soit pendant le sommeil (Obs. XII et XVII), soit le jour au repos et au lit (Obs. II et III), indifféremment le jour ou la nuit (Obs. XX), le jour (Obs. VII).

2° DE LEUR DURÉE. — Cette durée est très variable. Elle peut être de quelques secondes par pauses se répétant l'une derrière l'autre d'un quart d'heure à une heure (Obs. VII), de quelques minutes (Obs. V), de dix minutes à un quart d'heure (Obs. XX), d'un quart d'heure à une heure (Obs. VII), de plusieurs heures (Obs. VIII), même de quarante-huit heures (Obs. XIX).

3° DE LEUR RÉPÉTITION. — Ici nous avons toutes les modalités. Elles peuvent se reproduire quatre ou cinq fois par jour (Obs. XX), plusieurs fois par jour (Obs. VII), plusieurs fois par mois (Obs. VIII), quelquefois seulement dans l'année (Obs. I et XI).

4° DE LEURS CARACTÈRES CLINIQUES.

A. — DÉBUT DES CRISES. — Le plus souvent, elles débent brusquement (Obs. V, XI, XIV, XV, XVII, XVIII), ou bien elles sont précédées d'une sensation de froid dans les membres (Obs. XX), d'engourdissement.

B. — DESCRIPTION DES CRISES. SYMPTÔMES SUBJECTIFS. — a) *La douleur physique.* — Son intensité, son siège, ses irradiations. — Elle siège dans la région sternale (Obs. I, II, V, XVII,

XVIII), dans la région rétro-sternale (Obs. XIX), précordiale (Obs. VI, VIII et XVI). Les malades la comparent à des points douloureux de la région du cœur (Obs. IX), à des maux de cœur (Obs. X), de poitrine (Obs. XII et XIII); cependant le siège et les caractères de cette douleur peuvent varier. C'est une horrible cuisson de la région axillaire droite s'accompagnant d'une constriction en ceinture et de douleurs fulgurantes terribles du thorax; un resserrement et une brûlure du cou (Obs. III); une sensation de resserrement douloureux, dans un étau (Obs. XVI). Nous reviendrons tout à l'heure sur ces douleurs cardiaques différentes de celles de l'angine de poitrine vraie.

Dans tous les cas il s'agit d'une douleur intense (Obs. XIX), poignante (Obs. XVII), atroce (Obs. V), comparable à des brûlures (Obs. XVII), à la sensation de déchirement du sternum (Obs. II), à un ébranlement de la région du cœur, on dirait que le cœur veut rompre la cage thoracique (Obs. VIII).

Elle s'irradie le plus souvent vers le membre supérieur gauche (Obs. II, VIII, IX, XIII, XVII, XVIII), ou elle atteint le bras gauche et même l'extrémité du petit doigt (Obs. V), à la fois vers le dos et le bras gauche (Obs. XIX), mais quelquefois aussi vers la région axillaire et l'abdomen (Obs. XV), vers le cou et les oreilles (Obs. XX).

b) *L'anxiété*. — Conséquence de la douleur physique, l'anxiété variera dans ses degrés avec l'intensité des phénomènes douloureux. Si la douleur physique est peu considérable, elle se traduira par des crises d'énervement et pourra même aboutir à des convulsions (Obs. XV); dans le cas contraire, la douleur violente va faire surgir dans la pensée de l'individu l'idée d'un danger terrible, l'imminence et la crainte de la mort, c'est l'angoisse que nous retrouvons dans un grand nombre de nos observations (Obs. I, II, III, IV, VIII, IX, XVII et XVIII). Cette crainte de la mort est tellement considérable, que pressentant une crise le malade de l'observation IX prenait congé des siens.

L'angoisse s'accompagne souvent d'un serrement (angustia), serrement épigastrique (Obs. III), serrement à la gorge (Obs.

XX), striction du sternum (Obs. XX), constriction du thorax (Obs. XV), resserrement et étouffement du cœur (Obs. XVI), constriction extrêmement pénible de la base du thorax (Obs. XVII);

de palpitations violentes (Obs. I et II), de battements violents du cœur (Obs. V, VI, VIII, XX);

de gêne respiratoire se traduisant par de l'oppression (Obs. XIV, I, XV), de la dyspnée (Obs. III, IV, XVIII), par une sensation d'étouffement (Obs. XVI), par une menace de suffocation (Obs. V).

L'ASTHÉNIE. — On ne nous parle pas assez, malheureusement, dans les observations que nous publions, de la période qui suit immédiatement les crises angineuses, et il nous est impossible de bien pouvoir préciser si elles sont suivies d'asthénie mentale et musculaire, comme c'est le cas après l'angine d'effort.

Parmi les autres symptômes subjectifs, signalons *l'engourdissement douloureux* de toute la moitié du corps (Obs. V), de tout le bras (Obs. XVIII), du petit doigt seulement (Obs. XIX), et des crises de vertiges (Obs. IX, X, XIII).

Symptômes objectifs. Aspect du malade pendant une crise. — Vulpian (Obs. V), nous le décrit : « Le malade était couché sur le dos, la tête un peu renversée en arrière, le visage rouge, les yeux congestionnés. Le facies montre une vive expression de souffrance et de crainte. Les yeux sont pleins de larmes. La respiration est anxieuse et évidemment gênée, par instant il semble y avoir menace de suffocation. »

Dans la majorité des cas où l'on nous parle de l'aspect du malade pendant la crise, le visage devient blanc d'une manière frappante (Obs. IX) ou blême (Obs. X), froid comme de la glace (Obs. XI et XX), se couvre de sueurs (Obs. XI); le pouls est petit, irrégulier (Obs. IX).

3° DE LEUR TERMINAISON. — Il est un caractère qui frappe de suite, c'est que ces crises d'angor coexistant avec le tabès se terminent presque toujours par le retour à la santé.

Une fois elles se terminent par une syncope (Obs. I), une fois seulement elles se terminent par la mort (Obs. X).

Existe-t-il une ou plusieurs différences entre l'angor ordinaire et celle des tabétiques ? — Nous devons diviser en deux catégories les observations que nous avons publiées : celle où quelques-uns des symptômes essentiels sont différents de ceux de l'angor ordinaire ; celle où ils sont ceux de l'angine vraie.

De la première catégorie font partie ces douleurs cardiaques dites fausses angines, dans lesquelles nous avons seulement, nous dit Huchard, « une constriction thoracique caractérisée par la rapidité d'invasion et de disparition de ces souffrances, leur grande intensité, et leur retour par accès paroxystique ». Le siège de ces douleurs est rarement précordial et dans la plupart des cas elles ne s'irradient pas vers le membre supérieur gauche (Obs. VI, VII, XV, XX).

Dans l'autre catégorie d'observations, il semble bien que l'on ait affaire à de vraies crises d'angine de poitrine ; beaucoup d'auteurs, entre autres Leyden, Debove, Dieulafoy, en ont affirmé l'existence. Pourtant, comme nous le disions tout à l'heure, il est curieux de constater que sur 20 observations nous n'ayons relaté qu'une mort, et encore la mort ne survint-elle que deux jours après le début de la crise qui persista avec une intensité variable pendant tout ce temps (Obs. X), alors que la mort dans l'angine de poitrine est si fréquente que Torbes a observé 49 morts subites sur 64 personnes atteintes de cette affection qu'il a vues. (D'après Brouardel, *La mort et la mort subite*, p. 130).

Formes du tabes coexistant avec l'angine de poitrine. — Elles se caractérisent par la fréquence de la période préataxique et surtout des crises viscérales.

Nous voyons dans un assez grand nombre de cas l'angine de poitrine évoluer à côté du tabes au début. La lecture de nos observations montre qu'il n'y a pas d'incoordination bien manifeste chez le malade de l'observation I, mais perte des réflexes tendineux ; qu'il n'y en a pas du tout chez celui de l'observation II ; qu'il s'agit d'un tabes au début (Obs. VIII et XI) ; qu'il y a seulement des réflexes rotuliens abolis (Obs. XV). L'autopsie nous révèle des lésions préataxiques des cordons postérieurs

(Obs. III). Dieulafoy pose le diagnostic de tabes à la période préataxique (Obs. XVII).

Dans presque toutes les observations, le tabes s'accompagne de crises viscérales.

Crises gastriques et rectalgiques violentes (Obs. I).

Crises gastriques violentes (Obs. II).

Crises gastriques et laryngées avec douleurs fulgurantes des membres inférieurs (Obs. III).

Crises gastriques avec douleurs fulgurantes (Obs. IV).

Crises gastriques, douleurs fulgurantes circumbitaires, élan-
cements dans les reins avec irradiation dans la cuisse gauche
(Obs. V).

Crises laryngées, urétrales, vésicales et rectales, douleurs
fulgurantes des membres inférieurs et supérieurs, douleurs en
ceinture, névralgies sous-occipitales (Obs. VI).

Crises laryngées (Obs. IX).

Crises gastriques (Obs. XIII, XV et).

Crises gastriques urétrales et rectales (Obs. XVII).

CHAPITRE IV

LESIONS AORTIQUES ET TABES

Leur principal caractère est d'être latentes, en comprenant sous ce terme, avec Heitz, l'absence de douleurs, des dyspnées, des troubles fonctionnels divers, et enfin des crises d'angor qui forment le tableau clinique de l'aortite ordinaire.

L'aortite tabétique, en effet, est une maladie dont on ne souffre pas, pour laquelle les malades ne viennent pas consulter le médecin. Les auteurs sont d'accord sur ce point. « Un tabétique, dit Dieulafoy, peut avoir d'une part des lésions aortiques indolentes, d'autre part, de l'angine de poitrine sans lésions aortiques. Il résulte de ce fait, en apparence paradoxal, que les tabétiques qui ont des accès terribles d'angine de poitrine sont généralement ceux qui n'ont pas de lésions aortiques; ils sont atteints de névrite ou de névralgie du plexus cardiaque. »

Heitz nous donne l'explication suivante : « La raison de cette tolérance, dit-il, peut être cherchée dans l'immobilité relative à laquelle sont condamnés beaucoup de ces grands malades, peut-être aussi réside-t-elle dans les lésions du plexus cardiaque qui intéressent surtout les fibres originaires des racines postérieures, par suite de nature sensitive : il y aurait de l'analgésie aortique, comme il existe de l'analgésie de nombreux viscères et de vastes territoires cutanés, chez beaucoup de tabétiques; cette analgésie n'existe pas, au contraire, chez les tabétiques frustrés, vu la rareté à cette période de lésions radiculaires cervicales profondes. »

FRÉQUENCE COMPARÉE. — a) *Des angines de poitrine avec et sans lésions aortiques.* — Dans beaucoup de nos observations, il n'est pas fait mention s'il existe des lésions cardio-aortiques. Leur absence semble plus fréquente (Obs. II, V, VII, VIII, IX). L'auscultation du cœur et de l'aorte du malade de Debove ne décelait aucune lésion. Le malade de la leçon clinique de Dieulafoy n'avait pas non plus de lésions appréciables de l'aorte. Quand il existe des lésions aortiques chez les tabétiques présentant des crises d'angine de poitrine, elles se manifestent surtout sous forme d'insuffisance aortique (Obs. I, XIV, XX).

b) *Des lésions aortiques chez les tabétiques sans angor et des symptômes angineux chez des aortiques non tabétiques.* — La fréquence des lésions aortiques chez les tabétiques est assez grande, puisque sur 98 tabétiques examinés par Heitz en 1903, à l'aide des seules méthodes classiques, 22 présentaient de l'aortite et 2 autres un anévrisme de la crosse. Des examens radioscopiques auraient sans doute beaucoup augmenté cette proportion.

D'autre part, les symptômes douloureux rappelant l'angine de poitrine sont extrêmement fréquents chez les aortiques. De plus, ils ressemblent à ceux que nous avons décrits, ne sont pas dans certains cas provoqués par l'effort et ne se terminent pas par la mort.

Pourquoi certains de ces aortiques ne seraient-ils pas des tabétiques que la clinique n'aurait pas révélés, puisque nous avons vu la grande fréquence des *tabes frustres*, chez nos ataxiques présentant des crises angineuses ?

CONCLUSIONS

1° Le syndrome angine de poitrine est rarement rencontré chez les tabétiques.

2° Les tabétiques qui le présentent peuvent se diviser en deux catégories :

a) Celle des tabes à détermination surtout viscérale ou le syndrome angineux coïncide avec d'autres crises viscéralgiques. Dans ce cas, ses caractéristiques cliniques se rapprochent de celles des crises viscéralgiques en général et s'éloignent quelque peu de celle de l'angor classique. Le syndrome reste cependant caractérisé par son siège et par la sensation d'angoisse; son pronostic *quaod vitam* est bénin;

b) Celle des tabes auxquels s'associe une lésion valvulaire aortique et où le syndrome angineux se présente avec ses caractères ordinaires. Mais il est à remarquer que ces cas sont exceptionnels; dans la règle, les lésions aortiques des tabétiques confirmés sont fonctionnellement latentes et semblent constituer un cas particulier des anesthésies viscérales.

3° Dans l'état actuel de nos connaissances, qui tend de plus en plus à faire de l'angor pectoris un syndrome de nature nerveuse, il n'y a pas de raison suffisante pour refuser d'admettre l'existence d'une angine de poitrine tabétique.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
H. VERGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 14 décembre 1925.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- FRIEDREICH. — *Archiv für patholog. anatom. and physiol. von R. Virchow*, V, XXVI, p. 410, 8 juillet 1859.
- LETULLE. — Note sur l'existence des lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. In *Gazette médicale de Paris*, 1880.
- LANDOUZY. — De l'angine de poitrine comme symptômes et dans ses rapports avec le nervosisme arthritique. *Progrès médical*, 1883, p. 710.
- TEISSIER (J.). — Cardiopathie d'origine spinale. Communication au Congrès pour l'avancement des sciences, septembre 1884.
- VULPIAN. — Observation de tabes dorsul, accès de douleurs thoraciques précardiales, à forme d'angine de poitrine, crises gastriques violentes. *Revue de médecine*, p. 60, 1885.
- BERBEZ (P.). — Tabes, crises laryngées, fausses angines de poitrine. In *France méd.*, 1883, I, 159-162; In *Progrès médical*, p. 60, 1887.
- OPPENHEIM. — Affection du pneumogastrique dans le tabes. *Berlin, Klin. Woch.*, 21 septembre 1885.
- GROCCO et TUSORI. — Troisième contribution à l'étude clinique de l'anatomie pathologique de la névrite multiple primitive. *Annales de l'Université de Pérouse*, 1885-1886.
- PITRES et VAILLARD. — Névrites périphériques dans le tabes. *Rev. méd.*, 1886.
- GELINEAU. — Traité de l'angine de poitrine. Paris, 1887.
- LEYDEN. — *Zeitsch. f. Klin. Med.*, p. 60, 1887.
- GROEDEL. — L'angine de poitrine des ataxiques. *Deutsch. med. Woch.*, 1888, n° 20.
- HUCHARD (Henri). — *Maladies du cœur et des vaisseaux*, p. 404, 1889.

- DEBOVE. — Un cas de tabes avec angor et crises gastriques. *Médecine moderne*, 14 décembre 1895.
- Angine de poitrine tabétique. *Gazette hebdomadaire*, 28 mars 1901.
- MARIE (Pierre). — Maladies du système nerveux, 1892.
- NORDMANN (B.). — Le cœur des tabétiques. *In* thèse de Paris, 1893.
- DIEULAFOY. — Angine de poitrine tabétique. Septième leçon clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1898.
- Manuel de pathologie interne par Dieulafoy, t. I, 1901.
- CURTIN (Roland). — Nécrose anémique de la paroi du ventricule gauche associée à l'angine de poitrine et de l'ataxie locomotrice. *Bull. Soc. path.*, Philadelphie, novembre 1901.
- DÉJÉRINE. — Traité des maladies de la moelle épinière par J. Déjerine et André Thomas, Paris, 1902.
- HEITZ (Jean). — Les nerfs du cœur chez les tabétiques. *In* thèse de Paris, 1903; *In* Traité de pathologie médicale de Sergent, t. IV, Paris, 1922.
- PETIT (André). — *Traité de médecine par Bouchard et Brissaud*, p. 379, Paris, 1902.
- CESTAN et VERGER. — Précis de pathologie interne. *Maladies du système nerveux*, p. 358, 1907.
- LAMY (H.). — *Maladies du système nerveux*, p. 398, Paris, 1909.
- COLLET. — *Précis de pathologie interne*, t. I, p. 71, Paris, 1920.
- CLAUDE (Henri). — *Maladies du système nerveux*, p. 270, Paris, 1922.

